

**Hal : Permohonan Surat Izin Apotek (SIA)**

Yang terhormat,

Kepala Dinas Kesehatan/Penyelenggara Pelayanan Terpadu Satu Pintu \*)

Kabupaten/Kota ..... di

.....

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap : .....

No. KTP : .....

Alamat : .....

.....

Telepon : .....

NPWP : .....

No. STRA : .....

Masa berlaku STRA sampai : .....(tanggal bulan tahun)

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Apotek, pada:

Nama Apotek : .....

Alamat Apotek : .....

.....

Telepon : .....

Desa/Kelurahan : .....

Kecamatan : .....

Kabupaten/Kota : .....

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- (1) Foto copy STRA
- (2) Foto copy Kartu Tanda Penduduk
- (3) Foto copy NPWP
- (4) Foto peta lokasi dan denah bangunan
- (5) Daftar prasarana, sarana, dan peralatan
- (6) Foto copy SIPA
- (7) SOP di Apotek
- (8) Rekomendasi dari Puskesmas
- (9) Siapkan 2 Tanaman Obat ( dilengkapi dengan cara penggunaan dan fungsinya)
- (10) Fotokopi SIA yang lama (bagi yang perpanjang)

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

Pemohon,

.....

Nama Lengkap

\*) : Diisi sesuai dengan permohonan